

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS

Tania Wanton Igarza

Pelotas, 2016

Tania Wanton Igarza

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda Oliveira Meller

Pelotas, 2016

I24m Igarza, Tania Wanton

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS / Tania Wanton Igarza; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família pelo apoio que recebo dela.

A meu País Cuba por ter dado a oportunidade de formar-me como Médica.

Ao Brasil pela oportunidade de brindar meus conhecimentos a seu povo.

Agradecimentos

A Cuba por toda a formação que tenho.

Ao Brasil por ter dado a oportunidade de formar parte do Programa Mais Médicos.

Aos Tutores que nos deram todo seu apoio e orientações precisas para o desenvolvimento do curso.

A Universidade Federal de Pelotas por proporcionar todas as ferramentas necessárias para o desenvolvimento do curso.

Resumo

Igarza, Tania Wanton. Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS. 95f. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Além disso, mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O objetivo do presente trabalho foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais da UBS Parque Antártica do município de Capão da Canoa-RS. O trabalho apresentado se trata de uma intervenção na UBS Parque Antártica que se encontra localizada na comunidade do mesmo nome, pertencente à zona urbana da cidade de Capão da Canoa-RS. Foi desenvolvido no período de 12 semanas. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica). Para a realização da intervenção utilizaram-se os materiais fornecidos pelo curso, como planilha de coleta de dados e ficha-espelho. Antes da intervenção, a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos era de 23% e 32%, respectivamente. Após a intervenção, conseguimos cadastrar 131 hipertensos (30,3%) e 51 diabéticos (38,9%). Embora não tenhamos aumentado muito as coberturas, não atingindo assim as metas estabelecidas, esses usuários passaram a receber atendimento de melhor qualidade. Em relação às metas de qualidade, conseguimos atingir as metas de 100% para a maioria delas. Todos os usuários hipertensos e diabéticos tiveram exame clínico em dia de acordo com o protocolo e tiveram solicitação de exames complementares, todos os diabéticos tiveram exame dos pés em dia. Além disso, todos os usuários tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, receberam orientações nutricionais e sobre prática de atividade física regular, além de receber avaliação da

necessidade de atendimento odontológico, entre outras orientações. Em relação à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, não conseguimos cumprir a meta de 100% para os usuários hipertensos (85,1%), pois os medicamentos indicados foram indicados pelos especialistas e não estão incluídos na Farmácia Popular. A intervenção teve muita importância porque exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Além disso, esta atividade promoveu o trabalho integrado dos profissionais. A intervenção será incorporada à rotina da unidade e buscamos cadastrar ainda mais usuários hipertensos e diabéticos, aumentando assim as coberturas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS.	72
Figura 2	Cobertura do programa de atenção aos Diabéticos na unidade de saúde, UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS.	73
Figura 3	Proporção de pessoas com Hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS.	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	27
2 Análise Estratégica	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e metas.....	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas	32
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Detalhamento das ações	34
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística.....	60
2.3.4 Cronograma	63
3 Relatório da Intervenção.....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	69
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão.....	79
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Anexos	90

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Antártica do Município Capão da Canoa/ RS.

O trabalho evidenciou a importância da temática despertando em nos profissionais da equipe de saúde da unidade, a relevância que tem esta ação programática para a comunidade. Além disso, contribuiu para melhoria dos registros e/ou monitoramento das pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados pela nossa unidade de saúde.

No primeiro capítulo será apresentada a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando indicadores metas, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

No quinto e sexto capítulo se apresentará o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

No sétimo capítulo será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada para

este trabalho e os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na cidade de Capão da Canoa, localizada na região nordeste na área costeira do Estado do Rio Grande do Sul; com uma população de mais ou menos 46 mil habitantes (IBGE, 2010). É uma região de muito turismo, cuja linha econômica principal é o comércio. O município tem várias instituições de saúde: 1 Hospital: Santa Lucia Madre de Deus, 1 Centro de atendimento 24h Pronto socorro; 1 Hospital Materno-Infantil (Gineco-obstétrico); 1 Centro de Atenção à Saúde Mental (CAPS), 1 Sala de Reabilitação e 1 Farmácia Popular; além de 8 UBS localizadas em toda a região costeira, oferecendo atendimento a toda a população que mora na região.

A ESF Parque Antártica onde trabalho encontra-se localizada na comunidade do mesmo nome, brindando atendimento a 5 micro áreas cadastradas. A UBS apresenta uma só equipe de saúde integrada por uma Enfermeira chefe da equipe; uma técnica de enfermagem; 2 médicos Clínicos Geral (1 integrante do Programa Mais Médicos e outro Médico concursado) e 1 auxiliar de limpeza. Neste momento não temos ACS, os quais são muito importantes para o trabalho da equipe na comunidade.

Estruturalmente é um local adaptado que tem 1 sala de espera e recepção de usuários para oferecer acolhimento aos usuários que são atendidos; 1 sala ginecológica onde se realizam os exames preventivos, esta com um banheiro em seu interior; 2 salas para as consultas médicas (1 com banheiros interno e outra sem), 1 sala para Triagem; 1 sala para fazer os curativos; 1 sala para realizar as consultas de Nutrição; 1 sala de Saúde em casa; 1 sala para esterilização; 1 sala para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 1 cozinha; 2 banheiros exteriores (1 para os usuários e 1 para o pessoal que trabalha na unidade), e 2

pequenos espaços para usos múltiplos de limpeza e coleta do material infectado. A ventilação e iluminação dos espaços são muito boas e a limpeza e higiene tanto do interior como exterior da unidade é boa.

A UBS possui os seguintes meios diagnósticos: mesa de ginecologia e macas de reconhecimento em cada consulta médica e sala de curativos, balança de adultos e de criança, esfigmomanômetro na sala de triagem, um nebulizador, garrafa de oxigênio, ecocardiógrafo para medição do batimento cardíaco fetal, fita métrica, equipo de suturas, medicamentos orais e parenterais para emergências, material descartável que garante a prestação de cuidados adequados à população.

O atendimento na unidade é das 8:00 às 17:00, com uma hora de intervalo para almoçar de segunda a sexta-feira. O tipo de atendimento que com mais frequência se realiza é a demanda espontânea, além das visitas domiciliares que são realizadas uma vez na semana, sobretudo aos usuários acamados ou com incapacidade. Fazemos também consultas a gestantes, puericultura, temos um grupo de saúde mental o qual damos palestras e contamos com apoio de uma psicóloga semanalmente, damos atendimentos aos grupos priorizados como Hipertensos, Diabéticos, Asmáticos, idosos e outros grupos de riscos, também são realizadas atividades de prevenção do câncer de colo na realização dos preventivos, e de mama, assim como atividades de promoção de saúde.

Eu acho que para dar um bom atendimento à população há uma coisa que deve se melhorar na unidade: primeiro buscar a equipe completa, os ACS são fundamentais no trabalho do cadastramento e avaliação integral dos usuários e das famílias; segundo fazer um bom cadastramento de toda a população, classificação dos usuários por grupos priorizados, fatores de risco das principais doenças que afetam a população e a comunidade. Assim poderíamos organizar melhor o trabalho dos médicos que estão atuando e conheceríamos mais a população atendida. Logrando assim melhor qualidade da atenção.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Capão da Canoa está localizado na região nordeste da área costeira do Estado do Rio Grande do Sul; com uma população de mais ou menos 46 mil habitantes (IBGE, 2010). Região de muito turismo, cuja linha econômica principal é o comércio. O município tem várias instituições de saúde: 1 Hospital: Santa Lucia Madre de Deus, 1 Centro de atendimento 24h Pronto socorro; 1 Hospital Materno-Infantil (Gineco-obstétrico); 1 CAPS, 1 Sala de reabilitação e 1 Farmácia Popular; além de 8 UBS (5 ESF e 3 UBS) localizadas em toda a região costeira, oferecendo atendimento a toda a população que mora na região. Não temos disponibilidade de Núcleo de atenção à saúde da família (NASF), o mesmo está incompleto, não temos disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Quanto à atenção especializada e oferecida no hospital da região, os usuários são encaminhados os aos hospitais de Porto Alegre. Os exames complementares de baixa e meia complexidade são disponibilizados no próprio município e os de alta complexidade em Porto Alegre.

A ESF Parque Antártica encontra-se localizada na comunidade do mesmo nome, pertencendo a zona urbana da cidade brindando atendimento a 5 micro áreas cadastrada com um total de população de 3500 habitantes aproximadamente (registro não atualizado). A UBS tem vínculo com as escolas que se encontram na comunidade. A ESF apresenta somente uma equipe de saúde, integrada por uma Enfermeira chefe da equipe; uma técnica de enfermagem; 2 médicos Clínicos Geral (1 integrante do Programa Mais Médicos e outro Médico concursado) e 1 auxiliar de limpeza. Neste momento não temos ACS, os quais são muito importantes para o trabalho da equipe na comunidade. O horário de atendimento na unidade é das 8.00 às 17.00 com uma hora de intervalo para almoçar de segunda a sexta-feira. O tipo de atendimento que com mais frequência se realiza e a demanda espontânea, além das visitas domiciliares que são realizadas uma vez por semana; sobretudo aos usuários acamados ou com incapacidade. Fazemos também consultas a gestantes, puericultura, temos um grupo de saúde mental e de tabagismo o qual damos palestras e contamos com apoio de uma psicóloga semanalmente, damos atendimentos a os grupos priorizados como Hipertensos, Diabéticos, asmáticos, idosos e outros grupos de riscos. Também se realizam atividades de prevenção do

câncer de colo na realização dos preventivos, e de mama; assim como atividades de promoção de saúde.

Estruturalmente é um local adaptado que tem 1 sala de espera e recepção de usuários para oferecer acolhimentos dos usuários que são atendidos; 1 sala ginecológica onde se realizam os exames preventivos, está com um banheiro em seu interior; 2 salas para as consultas médicas (1 com banheiros interno e outra sem), 1 sala para Triagem; 1 sala para fazer os curativos; 1 sala para realizar as consultas de Nutrição; 1 sala de Saúde em casa; 1 sala para esterilização; 1 sala para o trabalho dos ACS; 1 cozinha; 2 banheiros exteriores (1 para os usuários e 1 para o pessoal que trabalha na unidade), e 2 pequenos espaços para usos múltiplos de limpeza e coleta do material infecto. A ventilação e iluminação dos espaços são muito boas e a limpeza e higiene tanto do interior como exterior da unidade é boa. A unidade de saúde possui os seguintes meios diagnósticos: Mesa Ginecologia e macas de reconhecimentos em cada consulta médica e sala de Curativos, balança de adultos e de criança, esfigmomanômetro na sala de Triagem, um nebulizador, garrafa de oxigênio, ecocardiógrafo para medição do batimento cardíaco fetal, fita métrica, equipo de suturas, medicamentos orais e parenterais para emergências, material descartável que garante a prestação de cuidados adequados à população.

Existem algumas dificuldades estruturais podendo enumerar as seguintes: para começar é um local adaptado, onde faltam ambientes de trabalho fundamentais para um bom desenvolvimento das diferentes atividades, tais como: não possui sala de vacina, sala de nebulização, sala de farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, sala para um consultório de odontologia, não tem sala de recepção, lavagem e descontaminação de materiais para esterilização, não tem local de depósito para o lixo não contaminado; além disso, em um mesmo ambiente se realizam diferentes atividades, por exemplo, na sala de curativo são realizadas a nebulização, lavado e descontaminação de materiais, a sala de esterilização não reúne as medidas da área física recomendável para a mesma, é muito pequena, não temos local para abrigo de resíduos sólidos (expurgo) e os mesmos não são recolhidos separadamente, o piso não é antiderrapante, o teto da unidade possui infiltrações por causa das chuvas. A maioria das salas tem paredes lisas e laváveis, a sala de espera é ampla e tem espaço para mais ou menos 15 pessoas, a mobília é bastante adequada. Na unidade não tem um espaço adaptado aos portadores de deficiência física, na entrada contamos com uma rampa, mas não possui corrimãos,

as paredes não tem apoio de corrimãos; no entanto o banheiro dos usuários tem boa condição para o acesso dos mesmos, com apoio de corrimão nas paredes e a porta de entrada adaptável a cadeiras de rodas. Alguns ambientes são muito reduzidos, como a cozinha e a sala de esterilização. Não temos cadeiras de rodas, embora o acesso à UBS é inadequado.

As barreiras antes mencionadas dificultam e impedem o livre acesso destas pessoas que, além de lidar com suas doenças, enfrentam dia a dia estas dificuldades que podem ser solucionáveis. Isso provoca neles mal-estar, preocupação, sentimento de impotência, frustração, que agravam em certa medida sua saúde física e mental, trazendo consigo dificuldade na qualidade do serviço que prestamos, afetando o trabalho do médico do pessoal de saúde da unidade, assim como traz dificuldade nas diferentes atividades que de caráter integral e interdisciplinares se realizam na UBS.

Também temos dificuldades com alguns dos instrumentos e materiais de insumo, fármacos, materiais bibliográficos, por exemplo: não temos estetoscópio de pinar, temos um sonar, mas pode ser que em alguma circunstância este não possa ser utilizado e dificulte a consulta nas gestantes; não temos materiais para poder realizar atividades educativas, nem medicamentos para entregar aos usuários; não se realizam exames complementares já que estes são realizados nos hospitais do município. Outra dificuldade é que não contamos com Oftalmoscópio, esfigmomanômetro com manguito para os usuários obesos e esfigmomanômetro com manguito infantil, os quais são de muita importância na avaliação da pressão arterial dos usuários. Por não ter um local de farmácia, não temos na unidade medicamentos disponíveis para a população, sobretudo para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis que precisam deles e, sobretudo, para aqueles que têm baixa situação econômica que não podem comprar nas farmácias. Não temos local para brindar atenção odontológica em nossa unidade. Outra dificuldade que apresenta a UBS é que não tem todos os materiais bibliográficos necessários para a atualização dos profissionais, aspecto esse muito importante. Além disso, tem-se a questão dos ACS que não têm na UBS e dificulta muito nosso trabalho de promoção e prevenção na comunidade.

Quanto às prioridades e possibilidades de enfrentamento para melhorar as dificuldades e limitações encontradas, nossa equipe tem tomado iniciativas com um levantamento que fizemos das principais dificuldades e limitações, e foi entregue à

Secretaria da Saúde de nosso município. Já recebemos respostas da mesma, por exemplo, foram trocadas as cadeiras da sala de espera, arrumaram os tapetes na entrada do consultório e na sala da enfermagem, colocaram sinalização em todos os ambientes e consultas que permitem aos usuários estar orientados, disponibilizaram Internet, computadores e impressoras, e já estamos utilizando o prontuário eletrônico na unidade. Isto é muito bom porque melhora nosso trabalho e o da equipe, uma vez que podemos cadastrar toda a população da área e brindar uma consulta de qualidade.

Para nós a deficiência de maior relevância, importância e prioridade a ser melhorada para o bom funcionamento do serviço é completar a equipe com os ACS, que constituem um pilar importante para a equipe e para a realização do trabalho com a comunidade. Isto não depende de nós e sim da Secretaria de saúde em dar solução a esta dificuldade. Outra solução seria solicitar à Secretaria e aos administrativos de saúde os equipamentos, insumos e materiais didáticos que temos em falta na UBS para poder brindar uma atenção de qualidade a nossos usuários, assim entenderiam melhor a importância da prevenção das doenças e a promoção de estilos de vida mais saudável. Também seria importante solicitar a possibilidade de instalar na unidade um serviço odontológico o qual daria maior resolutividade da UBS, ampliaria o serviço que brindamos e asseguraria a atenção da população mais carente e de baixo nível socioeconômico, dando prioridade à atenção preventiva a gestantes, crianças, jovens e adultos. Isto melhoraria o desenvolvimento da nossa equipe e o nível de satisfação da população. Ainda faltam algumas coisas de vital importância para os usuários. Abaixo estão listadas algumas ações na UBS, o restante delas não depende de nós e sim do poder de gestão de nossa secretaria de saúde que tem todo o poder administrativo para dar solução aos problemas encontrados.

Em relação às atribuições de nossa equipe nem todos os profissionais da UBS tiveram participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, só tivemos participação da enfermeira da unidade e dos ACS (estes últimos ainda em déficit em nossa equipe), não são realizados os cuidados em saúde em todos os espaços disponíveis na comunidade. Não há dificuldade com a busca ativa de usuários faltosos já que todos os membros da equipe realizam esta ação. São realizadas quase todas as atividades e procedimentos que os profissionais da

equipe realizam no domicílio. Nem todos os profissionais da equipe realizam notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis.

Além disso, são realizadas as atividades do grupos na UBS, porém ainda são muito poucos os grupos formados, principalmente àqueles que requerem uma maior atenção pelo grau de complexidade e de maior risco dentro da população atendida, por exemplo: não temos grupos de adolescentes, aleitamento materno, pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos, idosos, saúde da mulher, entre outros; os quais são muito importantes para que possam realizar ações de educação, prevenção e promoção da saúde, entre outras atividades. Nem todos os membros da equipe participam no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e das reuniões de equipe sobre muitos temas importantes, como o planejamento das ações que se realizaram, monitoramento e análises dos indicadores e informações em saúde. A maioria destas insuficiências limitam o poder resolutivo e a qualidade da atenção que prestamos, além de limitar a participação de todos, tanto da comunidade como dos membros da equipe na busca de soluções a todos os problemas de saúde da comunidade.

A nosso ver a prioridade seria estudar o material relacionado à Estrutura da UBS e das Atribuições dos Profissionais (Documentos disponibilizados pelo SUS) com todos os profissionais da equipe, explicar a importância que o mesmo tem para cada um de nós dentro da unidade, quais são nossas funções e como podemos cumprir com nosso dever. É muito importante também a participação da população. Em segundo lugar, temos planejado em outras oportunidades solucionar os problemas da estrutura física de nossa UBS, incrementar os espaços proporcionando um ambiente de trabalho adequado para garantir com qualidade o cumprimento das atividades que compete a cada membro da equipe e assim melhorar de maneira progressiva e estável o bem estar de saúde da população e seu grau de satisfação. É necessário solicitar todos os recursos e insumos indispensáveis para que se garanta a resolutividade do serviço que prestamos de forma permanente, estabelecendo os mecanismos adequados para o controle e uso racional dos mesmos, sempre com a participação ativa da equipe e com apoio da população e todos os envolvidos neste processo.

Com relação à população adstrita não podemos ter com certeza os dados demográficos (idade/sexo), porque não se encontram atualizados e devido ao tamanho da população da área. É preciso mais de um equipe para fazer um melhor

atendimento da população. Além disso, é necessário aumentar o número de profissionais qualificados.

Atualmente o maior percentual das consultas é por demanda espontânea, toda a equipe pratica o acolhimento baseando-se em um só modelo, todas as demandas são acolhidas em 100%, a equipe pratica a classificação de risco biológico, a qual é encaminhada em dependência da demanda solicitada, ainda assim deve melhorar-se a classificação de vulnerabilidade social. Devemos atualizar o registro de nossa população, isto permitirá planejar adequadamente todas as atividades de saúde na comunidade com o objetivo de melhorar a qualidade e equidade dos serviços que oferecemos da população. Ao estudar o texto de Acolhimento à Demanda Espontânea, pode-se observar que a equipe tem ainda pouco conhecimento do mesmo, isto limita o grau de satisfação da demanda e o poder resolutivo de nossa unidade. Consideramos que é importante o estudo e o domínio deste documento por parte de todos os profissionais da equipe, de forma a garantir uma atenção de qualidade e um acesso ao serviço com equidade.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), são realizadas consultas uma vez a semana em um só turno (tarde das segundas-feiras), não temos um registro específico para realizar o monitoramento regular da atenção à saúde da criança. Quando se avalia a cobertura da saúde da Criança em nossa área, encontramos muitas dificuldades, já que nem todos os integrantes da equipe tem conhecimento do total de Crianças menores de um ano. Conhecendo os dados oferecidos no caderno de ações programáticas (CAP) temos como indicador de cobertura um total de 42 Crianças, e só estão registradas e acompanhadas pela UBS 37 crianças menores de 1 ano representando 88% de cobertura.

Quanto aos indicadores que avaliam a qualidade da puericultura deste grupo, dos 11 parâmetros avaliados não se cumprem 6, tais como: consulta em dia de acordo com o Ministério da saúde, pois só foram atendidas 13 crianças (35%); atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, pois temos 24 crianças (65%); Primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias, pois temos 13 crianças (35%); Monitoramento do crescimento na última consulta, pois só temos 13 crianças (35%); Monitoramento do desenvolvimento na última consulta, novamente só 13 crianças (35%); além disso, só 21 mães receberem orientações para aleitamento materno exclusivo (57%). Acho que uma das coisas que influenciam na qualidade da atenção à consulta de puericultura é a falta dos ACS, os quais fazem parte da

equipe na busca das crianças faltosas à consulta, sobretudo nos primeiros 7 dias de nascido. Não há um bom monitoramento, planejamento e controle do programa, o que dificulta poder realizar ações que permitam realizar consultas adequadas e de qualidade a este grupo etário.

Achamos que os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para contribuir com a ampliação da cobertura e melhorar a qualidade da atenção da saúde da criança em nossa UBS. Acho que se deve atualizar primeiramente o cadastramento ou registro da população da área da UBS, isto nos permitirá conhecer com certeza o universo total da população e o número de crianças de 0 a 72 meses a ser atendidos em nossa área. Isso nos permitiria traçar estratégias que garantam a ampliação da cobertura e brindar uma atenção de qualidade. É fundamental a utilização por parte de toda a equipe dos registros e protocolos preconizados pelo Ministério de saúde. Além disso, é essencial que na UBS se realizem todas as ações de cuidados da saúde a este grupo etário, por exemplo: vacinação, teste de pezinho, promoção e prevenção de saúde mental e bucal), implementar todos os programas preconizados pelo Ministério da Saúde (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Saúde de ferro, etc.) e se formem os grupos de mães de crianças. Estas ações contribuiriam com a melhora de todos os indicadores de saúde, melhoraria a qualidade da atenção e aumentaria o grau de satisfação das mães, população e comunidade em geral.

Em relação ao pré-natal e puerpério, são realizadas consultas uma vez por semana em um só turno (nas terças-feiras de manhã). Para este tipo de atendimento se tem um controle e são registradas e monitoradas algumas das ações de saúde.

Com respeito da cobertura de atenção pré-natal, nós podemos perceber que as ações não são realizadas com a qualidade requerida, tendo em vista que a cobertura de gestantes cadastradas na área é de 66%. O restante não é atendida ou não temos conhecimento se estão sendo acompanhadas por outras instituições, isto dificulta realizar ações de saúde e brindar um acompanhamento adequado a estas gestantes, durante este período de muita importância na vida de uma mulher, prevenir complicações frequentes neste período, educar as gestantes e prepará-las para enfrentar com êxito o parto e puerpério.

Os indicadores da qualidade da atenção do pré-natal devem ser melhorados, por exemplo, Pré-natal iniciado no primeiro trimestre: só 19 gestantes realizaram a consulta neste período, o qual representou 83%; vacina Antitetânica e contra a

Hepatite B conforme ao protocolo: só 19 gestantes foram vacinadas o qual representa 83%; e só 9 gestantes tiveram avaliação da saúde bucal (39%). Isto nos alerta sobre a falta de controle e de conhecimento que ainda temos sobre a população que atendemos, e por isto que se deve fazer um bom cadastramento e registro de toda a população da área. Não conseguimos atingir 100% das gestantes realizando pré-natal no primeiro trimestre e nem tomem todas as vacinas segundo o protocolo. Não contamos com sala de vacinação e dependemos totalmente da disposição delas em acudir aos vacinatórios do município. Quanto à avaliação da saúde bucal ocorre quase o mesmo, não existe controle das quantidades de consultas realizadas pela odontologia. As gestantes são orientadas da importância de assistir a odontologia e ainda assim não se tem registro, questão muito importante para evitar complicações durante a gestação, parto ou puerpério.

Com respeito à consulta de puerpério, temos um indicador de cobertura de 31%, ou seja, dos 42 partos (número de partos estimado nos últimos 12 meses) só 13 mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, indicador muito baixo. Não se cumpre também com os poucos indicadores de qualidade da atenção ao puerpério avaliados. Nem todas as puérperas realizaram exame ginecológico, exame de mamas, exame do abdômen, e foi baixa a avaliação de intercorrências existentes neste período.

Todos estes aspectos do processo de trabalho podem ser melhorados, porque existe potencial humano para seu desenvolvimento, só depende da constante capacitação dos profissionais, ter uma melhor relação entre medico-usuários, monitorar periodicamente o cumprimento das atividades que se deve realizar periodicamente na UBS, fazer ênfases na promoção e educação para a saúde na comunidade, aproveitar todos os espaços existentes na comunidade e incluir a população em todas as ações que se realizem na unidade.

Para melhorar e ampliar a cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal e puérpera, deveríamos: primeiro realizar um cadastro da quantidade de mulheres grávidas na área de abrangência, realizar atividades de promoção na comunidade aproveitando todos os espaços que estão disponíveis, buscar que a mulher faça seu primeiro pré-natal no primeiro trimestre, assim poderíamos realizar uma melhor avaliação do processo de gestação até o parto e 42 dias depois, buscar planejar, monitorar, controlar, e dirigir a realização das atividades de grupos com as gestantes e puérperas com o objetivo de cumprir com todos os indicadores de qualidade da

atenção, melhorando os indicadores de mortalidade materna e infantil. Também é importante trabalhar com o risco pré-concepcional já que poderíamos diminuir o número de gestação não desejada, possibilitar o planejamento da gravidez em usuárias adolescentes, com patologias crônicas como a hipertensão ou diabetes mellitus, cardiopatias, entre outras, promover o uso de métodos anticoncepcionais adequados, aumentando assim o intervalo entre as gestações. Além disso, a equipe deve ter conhecimento da quantidade de mulheres em idade fértil e trabalhar com este grupo orientando aquelas que demonstram interesse em gravidar para que participem no planejamento reprodutivo. Em sentido geral, devemos realizar uma capacitação neste sentido a todos os integrantes da equipe e incluir a participação ativa da população para divulgar as ações de saúde que nossa UBS realiza.

Em relação ao controle do Câncer de colo de Útero, são realizadas consultas uma vez por semana em dois turnos (nas quartas-feiras de manhã e de tarde), os dados obtidos estão desatualizados já que não se conhece com certeza o total de mulheres de 25 a 64 anos cadastradas em nossa área. Dentre os registros estabelecidos pelo Ministério de Saúde só se utilizam o prontuário e o livro de registro, o que dificulta a investigação e impede ter os dados obtidos de outras fontes.

Em relação ao indicador de cobertura do controle do Câncer de colo de Útero, temos uma estimativa de 964 mulheres, destas temos cadastradas 508 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhada pela UBS para prevenção de Câncer de Colo de Útero o que nos garante uma cobertura de 53%. Dentro desta faixa etária, existem 456 (52%) delas que não estão recebendo atenção ou assessoramento. Estimamos que em nossa área deve existir cerca de 3 mulheres que desconhecem que tem a doença, a qual pode ser prevenida e curada se for feita avaliação e diagnóstico a tempo. Isto dificulta poder realizar um diagnóstico eficiente. Portanto não se está cumprindo com as diretrizes recomendadas ao cuidado de câncer de colo de útero, as quais orientam que 100% dessas mulheres devem ser identificadas. O rastreamento é uma ação de controle muito importante que nos permitirá conhecer a magnitude do problema em nossa área de abrangência e poder traçar estratégias para dar solução aos problemas dessa população desassistida e que tem maior risco de sofrer de Câncer de Colo, devido fundamentalmente ao desconhecimento das ações para sua prevenção.

Os indicadores de qualidade do controle de Câncer de Colo de Útero avaliados não mostram bons resultados já que além de não ter uma ótima cobertura, só 31% (156) das mulheres atendidas têm o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, não se conhecem os exames com mais de 6 meses de atraso e só 1% (7) mulheres apresentam exame alterado. Além disso, a avaliação do risco está muito abaixo do estabelecido (17%) e as ações de orientação de prevenção do câncer e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) apresentam 31% (146). Dos exames coletados, somente 30% (154) das mulheres tiveram amostras satisfatórias e com células representativas da junção escamo colunar, ou seja, além de não cobrir 100% da população em idade de risco, as ações que realizamos não cumprem as metas e carecem de qualidade.

Para não perder o seguimento destas mulheres com exames alterados, nossa equipe poderia traçar como estratégia: inicialmente buscar completar a equipe com os ACS, as quais fazem um trabalho muito importante dentro da comunidade e daríamos melhor seguimento; estabelecer uma melhor relação profissional com usuários e familiares; formar os grupos e realizar visitas periódicas aos usuários por todos os membros da equipe de saúde e garantir um encaminhamento ao Especialista em Ginecologia para avaliar seu estado de saúde. Acho que com o trabalho sistemático e em equipe se pode melhorar o programa e assim a saúde de nossa população.

Com respeito ao Controle de Câncer de Mama também os dados obtidos estão desatualizados já que não se conhece com certeza o total de mulheres de 50 a 69 anos cadastradas de nossa área. Em nossa área temos como estimado 456 mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Temos cadastradas 176, uma cobertura de 49%, sendo que o restante não está recebendo atenção ou assessoramento.

Os indicadores de qualidade não exibem bons resultados: somente 38% das mulheres (66) tem exame de mamografia em dia e não há nenhuma usuária com mamografia com mais de três meses de atraso. Trabalha-se muito pouco com a avaliação do risco para câncer de mama, somente 14% (25 mulheres) das mulheres. Além disso, é baixo o total de mulheres que recebem orientações sobre a prevenção de câncer de mama (38%), tendo como premissa fundamental que o rastreamento, a prevenção e promoção de saúde são a base da atenção primária.

Temos certeza que estes indicadores podem ser melhorados, tanto a cobertura como a qualidade das ações. Como estratégias para não perder as

usuárias com exames alterados, é necessário fazer o que corresponde em cada caso, controlar e avaliar constantemente o programa, exigir que cada membro da equipe cumpra com seu papel e sempre dar participação ativa à comunidade. Para não perder o seguimento destas mulheres com exames alterados nossa equipe poderia traçar como estratégia, em primeiro lugar como falado anteriormente, completar a equipe com as ACS, as quais fazem um trabalho muito importante dentro da comunidade e daríamos melhor seguimento; estabelecer uma melhor relação profissional com usuários e familiares; formar os grupos e realizar visitas periódicas às usuárias por todos os membros da equipe de saúde. Garantir encaminhamento ao Especialista em Ginecologia para avaliar seu estado de saúde. Acho que com o trabalho sistemático e em equipe se pode melhorar o programa e assim a saúde de nossa população.

Em relação à atenção às pessoas hipertensas e diabéticas, realiza-se a consulta quatro dias durante a semana. Os dados obtidos não estão atualizados em relação à quantidade de pessoas que apresentam esta doença, não se tem com certeza o total de usuários com mais de 20 anos residentes na área que apresentam hipertensão arterial sistêmica e que são acompanhados pela UBS, já que dos registros estabelecidos pelo ministério de saúde, somente é utilizado o prontuário do usuário.

O indicador de cobertura do número de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência não é adequado, porque o estimado é de 782 e somente se acompanham 181 usuários, representando 23% do total de população. O restante dessa população (601 usuários) pode estar em risco ou sofrer desta doença e não é acompanhado adequadamente. Essa doença pode ser prevenida se for feita avaliação e diagnóstico a tempo, podendo evitar complicações como acidente vascular cerebral (AVC), Infarto Agudo de Miocárdio, doenças vascular periférica e renal ou morte. Isto nos dificulta poder realizar uma avaliação eficiente do programa e que tenha um impacto positivo na população. Portanto não se está cumprindo com as diretrizes preconizadas aos hipertensos que busca fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

Os indicadores de qualidade da atenção às pessoas hipertensas avaliadas não mostram bons resultados já que, além de não ter uma boa cobertura, não temos todos os dados confiáveis do número de usuários da área de abrangência a UBS.

Por exemplo, dos 181 cadastrados, só 86 usuários hipertensos tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (48%), assim ocorre com os usuários que têm os exames periódicos em dia e avaliação da saúde bucal (48%). Em relação aos outros indicadores, como orientação sobre práticas de atividades físicas e orientação nutricional para alimentação saudável foram orientados os 181 usuários (100%). Essas atividades são realizadas não somente em consultas mas também nas visitas domiciliares.

A nosso ver, nossa equipe poderia traçar estratégia para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção, completando a equipe com ACS, as quais apoiariam o trabalho com a busca dos usuários faltosos às consultas e a identificação dos fatores de riscos mais importantes que afetam a população. Além disso, poderiam ser formados os grupos de usuários hipertensos e realizar as atividades de promoção e prevenção de saúde, auxiliando nas orientações sobre modificações de estilo de vida que são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, estabelecer uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, realizar com frequência prática de atividade física, fornecer orientações sobre abandono do tabagismo e redução do uso excessivo de álcool, realizar as visitas periódicas aos usuários portadores desta doença por todos os membros da equipe de saúde e garantir encaminhamento ao Especialista oportunamente Nutricionista, Odontólogo, Clínico ou Cardiologia para avaliação dos usuários.

Com respeito à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus ocorre o mesmo, os dados obtidos não estão atualizados com respeito à quantidade de pessoas que apresentam esta doença, não se tem com certeza o total de usuários com mais de 20 anos residentes na área que apresentam diabetes e sejam acompanhados pela UBS. Os dados foram recolhidos pelo prontuário do usuário, mas não são atualizados. Temos uma cobertura de 32%, ou seja, dos 224 usuários estimados, só são acompanhados 72.

Os indicadores de qualidade da atenção às pessoas com diabetes avaliadas não mostram bons resultados, já que além de não ter uma boa cobertura, não temos todos os dados certos do número de usuários da área de abrangência a UBS e a maioria destes usuários apresenta as duas doenças: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Quanto à realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com exames complementares periódicos em dia,

62 usuários (86%) foram avaliados. Não se cumpre com os seguintes indicadores: exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, e com avaliação de saúde bucal em dia avaliado, pois temos uma cobertura de 44%. Em relação à orientação sobre prática de atividades físicas regulares e orientação nutricional para uma alimentação saudável, os 62 usuários cadastrados receberam orientações representando 100%. Estas orientações não são somente realizadas em consultas, mas também nas visitas a domicílios dos usuários.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários, iniciariamos com a formação dos grupos e realização das atividades de promoção e prevenção de saúde, ajudando os usuários a realizarem modificações de estilo de vida que são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da doença, estabelecer uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, realizar com frequência prática de atividade física, fornecer orientações sobre abandono do tabagismo e redução do uso excessivo de álcool, fornecer nas consultas (Enfermagem e Médicos) o exame físico integral a cada usuário, garantir a realização das visitas periódicas aos usuários portadores desta doença por todos os membros da equipe de saúde, garantir que a UBS tenha um profissional que se responsabilize pelo planejamento, gestão e coordenação das ações aos adultos com estas doenças e garantir um encaminhamento ao Especialista oportunamente Nutricionista, Estomatologia, Clínico ou Cardiologia para avaliação dos usuários.

Em relação à saúde da pessoa Idosa, a consulta se realiza quatro dias na semana e os dados obtidos não estão atualizados. Com respeito à quantidade de pessoas residentes na área de abrangência, não se tem com certeza a quantidade de usuários maiores de 60 anos acompanhados pela UBS, só foi possível utilizar os prontuários dos usuários. O número estimado é de 477 e só estão sendo acompanhados 281 usuários que representa 59% do total de população. Com isso, certamente existem mais pessoas idosas na área de abrangência desassistidas, porque existem várias micro áreas que ainda não tem sido cadastradas.

Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa avaliados não apresentam bons resultados, além de não ter uma boa cobertura, não temos todos os dados registrados no prontuário que foi de onde obtemos os dados para poder avaliar o atendimento dos idosos da área. Nenhum usuário tinha caderneta de

saúde da pessoa idosa, documento ofertado pelo ministério onde são registrados muitos fatores de riscos e dados importantes da saúde dos idosos, idosos com realização de avaliação multidimensional rápido e com acompanhamento em dia somente pudemos verificar 138 (49%), usuários com HAS foram constatados 44, representado 16% e com DM 23 usuários, 8%. Com avaliação de risco de morbimortalidade foram avaliados 67, que representa 24%. Nenhum idoso tem avaliado os indicadores de fragilização da velhice nem avaliação da saúde bucal em dia. Quanto às orientações, 49% dos idosos receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à população idosa, como já falado, é preciso completar a equipe com os ACS, as quais fariam o cadastro de toda a população e da população com mais de 60 anos, ajudariam a identificação dos fatores de riscos mais importantes que afetam a este grupo alvo. Também é necessário formar os grupos de usuários idosos e realizar as atividades de promoção e prevenção de saúde que permitam poder realizar modificações de estilo de vida, promover a realização da prática de atividade física regular e estabelecer uma alimentação adequada e saudável, eleger um membro da equipe que seja responsável pelo planejamento, gestão, coordenação das ações dispensadas deste grupo e realizar as reuniões de controle deste programa tão importante. Além disso, é importante realizar as visitas periódicas aos usuários idosos portadores de doença como HAS e DM por todos os membros da equipe de saúde, garantir encaminhamento aos especialistas sempre que for necessário, como Nutricionista, Odontologia, Clínico ou Cardiologia para avaliação dos usuários, solicitar ao gestor municipal os documentos utilizados para a avaliação da saúde dos usuários, como a caderneta do Idoso.

Os maiores desafios que temos em nossa UBS é primeiro poder completar a equipe de saúde para poder realizar um recadastramento da população toda e poder ter uma visão mais correta da realidade da comunidade, a qual estamos brindando nossa atenção, também é necessário buscar melhora na estrutura da UBS e assim fornecer ao usuário uma atenção de qualidade. Quanto aos melhores recursos, contamos com a disponibilidade do pessoal que atualmente trabalha na unidade que está disposto a mudar o estilo de vida da população, melhorar os indicadores de qualidade como a atenção a saúde da criança, saúde das gestantes

e puérperas, saúde da pessoa idosa, melhorar a atenção aos usuários com doenças crônicas, descapacitados, promover estilos de vida e alimentares mais saudáveis.

Em relação à situação da ESF/APS em nosso serviço, podemos dizer que com o estudo de cada semana do curso ampliamos nosso conhecimento sobre o atendimento na atenção primária de saúde. Se todas as dificuldades e deficiências encontradas fossem resolvidas, poderíamos brindar uma atenção de qualidade da população. Ainda faltam muitas coisas nas quais devemos prestar muita atenção como é o caso da composição da equipe. Com a ampliação dela poderíamos organizar melhor o trabalho da nossa unidade.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

Durante a análise situacional relatada, foram apresentadas as características da UBS, conhecendo as principais deficiências dos programas, tendo uma visão geral de todas as atividades de nossa unidade de saúde, onde temos que dirigir nosso esforço para melhorar cobertura e qualidade do atendimento, os profissionais da equipe apoiam o trabalho e temos a certeza que quando se iniciar o trabalho, não teremos tantas dificuldades para desenvolver as atividades.

Dentro das dificuldades encontradas nestes meses de trabalho, podemos concluir que muitas acontecem por falta de vontade dos profissionais para trabalhar adequadamente, é possível observar a falta de organização e planejamento adequado, as barreiras e em muitas ocasiões o desconhecimento e desumanização, além do não cumprimento das orientações do Ministério de Saúde, isto tem contribuído para que muitas destas atividades não sejam feitas com a qualidade necessária. A verdade é que estamos tentando mudar muitas coisas desde nossa chegada, acho que se trabalharmos em equipe, podemos fazer mudanças, mas temos um caminho longo pela frente. Confiamos que vamos conseguir, porque confiamos no homem e na vontade que se tem para conseguir melhorias nas condições de saúde da população, ela merece que a saúde seja de qualidade.

Todas as ações são importantes, portanto é necessário termos boa atenção do pré-natal, e da criança, uma boa saúde bucal, um bom atendimento as doenças crônicas como HAS e DM, um bom controle do câncer do colo do útero e

mama, uma boa atenção à saúde do idoso, para isso precisarão mudar muitas coisas, trabalhar em equipe e humanizar mais os atendimentos. Espera-se que os gestores de saúde e funcionários apoiem mais o trabalho e cumpram todos os protocolos e diretrizes do Ministério de Saúde, só assim poderemos alcançar nosso objetivo de ter um resultado final satisfatório. Poucas são as modificações realizadas, muitas barreiras ainda persistem para que nosso trabalho seja feito com qualidade e ao final o povo brasileiro seja beneficiado.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados são: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada.

Outra questão importante a ser mencionada é que o usuário, quando chega na UBS já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM e HAS são controlar a glicemia e os níveis de pressão arterial, que estes estejam abaixo de 140/90 mmHg, e, com isso, reduzir morbimortalidade causada por essas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013).

A ESF Parque Antártica encontra-se localizada na comunidade do mesmo nome, pertencente à zona urbana da cidade, brindando atendimento a 5 micro áreas cadastrada com um total de população de 3500 habitantes aproximadamente (registro não atualizado). A UBS tem vínculo com as escolas que se encontram na comunidade e o modelo de atenção é o tradicional. A ESF apresenta somente uma equipe de saúde integrada por uma enfermeira chefe da equipe; uma técnica de enfermagem; 2 médicos Clínicos Geral (1 integrante do Programa Mais Médicos e

outro Médico concursado) e uma auxiliar de limpeza. Neste momento não temos ACS, os quais são muito importantes para o trabalho da equipe na comunidade. O atendimento na unidade começa é das 8:00 até às 17:00, com uma hora de intervalo para almoçar de segunda a sexta feira.

O tipo de atendimento que com mais frequência se realiza é a demanda espontânea, além das visitas domiciliares que são realizadas semanalmente uma vez; sobretudo aos usuários acamados ou com incapacidade. Fazemos também consultas a gestantes, puericultura, temos um grupo de saúde mental e de tabagismo o qual damos palestras e contamos com apoio de uma psicóloga semanalmente, damos atendimentos aos grupos priorizados como Hipertensos, Diabéticos, asmáticos, idosos e outros grupos de riscos. Além disso, são realizadas atividades de prevenção do câncer de colo na realização dos preventivos, e de mama; assim como atividades de promoção de saúde.

Em relação à atenção as pessoas com HAS e DM, são realizadas consultas quatro dias durante a semana e os dados em relação à quantidade de pessoas que apresentam esta doença e são cadastradas na unidade não estão atualizados. O indicador de cobertura dos usuários com HAS é 23%, ou seja, da estimativa de 782 usuários, são acompanhados apenas 181. Isso reflete que 601 usuários podem estar em risco ou sofrer desta doença e não são acompanhados adequadamente. Essa doença pode ser prevenida se for feita avaliação e diagnóstico a tempo, podendo evitar complicações como AVC, IAM, doenças vascular periférica e renal ou morte.

Quanto aos usuários com DM, temos uma cobertura de 32%, ou seja, dos 224 usuários estimados, só são acompanhados 72. Com isso, temos muitos usuários que podem estar em risco ou sofrer desta doença e não são acompanhados adequadamente. Os indicadores de qualidade não mostram bons resultados, por exemplo, só 86 (48%) hipertensos cadastrados tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, o mesmo ocorre com os usuários que têm os exames periódicos em dia e avaliação da saúde bucal. Além disso, dos diabéticos cadastrados, 86% tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, e com exames complementares periódico em dia e 44% deles tiveram exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e avaliação de saúde bucal em dia. Ações de

promoção em saúde que já são desenvolvidas estão a orientação sobre práticas de atividades físicas e orientação nutricional para alimentação saudável, todas estas atividades são realizadas não somente em consultas sino também nas visitas domiciliares.

A intervenção é importante no contexto da UBS porque vai permitir ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários. Iniciaríamos com a formação dos grupos e realização das atividades de promoção e prevenção de saúde, auxiliando nas modificações de estilo de vida que são fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da HAS e do DM, estabelecer uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, açúcares e ao controle do peso, realizar com frequência prática de atividade física, abandono do tabagismo e redução do uso excessivo de álcool. Com estas atividades já estamos implementando a ação programática, onde todos os profissionais da equipe estão envolvidos e tem conhecimento da intervenção e o papel que desempenham em cada uma das ações que serão realizadas ao longo do projeto.

As principais dificuldades/limitações existentes são o relacionado com os ACS que ainda não se tem incorporado na unidade, além de ter dificuldade com atualização dos cadastros da população e a existência de micro áreas que nunca tem sido visitada pelos ACS. Isto depende da contratação de pessoal qualificado. Para a realização da intervenção é preciso viabilizar as fichas espelhos em quantidade suficiente e pronta para começar com nosso projeto de intervenção, a planilha de coleta de dados onde serão registrados todos os usuários com estas doenças, assim como todos os indicadores, ter definição das áreas para o desenvolvimento das atividades individuais e coletivas para realizar todas as atividades de promoção e educação de saúde, providenciar os instrumentos de suporte como: caderno para fazer anotações diárias, pequeno bloco com adesivo para lembretes ou anotações rápidas, câmera e celulares para fotos e pequenas filmagens. Com a realização desse trabalho, buscamos melhorar a atenção à saúde da população-alvo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com HAS e DM, na UBS Parque Antártica, Capão da Canoa-RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção as pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão atendidas na UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas diabéticas atendidas na UBS.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 Melhorar os registros das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados.

Objetivo 5 Realizar mapeamento das pessoas com Hipertensão e Diabetes para avaliação do risco cardiovascular.

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6 Promoção da saúde das pessoas com Hipertensão e Diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Parque Antártica, no município de Capão da Canoa do Estado Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção todas as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica com 20 anos ou mais com 20 anos ou mais residentes no território.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para a realização deste projeto vamos levar em conta os objetivos, metas e ações, para melhorar o atendimento das pessoas com HAS e DM de nossa UBS. Para isto utilizaremos a Planilha Objetivos, Metas, Ações disponibilizada no curso.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Metas:

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: Para realizar esta ação utilizaremos a planilha de coleta de dados, assim como a ficha-espelho que terá cada usuário cadastrado. Isso será monitorado pela enfermagem da triagem e médico consultante.

Organização e Gestão do Serviço

Garantir o registro das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e o material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: o registro das pessoas será garantido semanalmente através da utilização da ficha espelho disponibilizado pelo curso. O acolhimento vai ser realizado por todos os profissionais da unidade. A secretária que vai registrar cada usuário até que chegue à consulta pelo médico. A verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito, e a realização adequada de hemoglicoteste nos adultos maior de 18 anos será realizada pela técnica de enfermagem na consulta de triagem, e os adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/85 mmHg, serão feitas análises e discussão nas reuniões da equipe semanalmente para poder esclarecer as dúvidas dos profissionais.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a todos os sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para realizar estas ações serão divulgados esses temas a toda a população da comunidade, através de dinâmica de grupo, entrevistas e contatos individuais que cada um dos profissionais tem com cada usuário, e nas visitas

domiciliares que se realizam semanalmente, não somente aos portadores das doenças, mas também aos integrantes de cada família visitada.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: capacitar os novos ACS, quando se incorporarem à equipe, sobre como vai ser o cadastramento de hipertensos e/ou diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como capacitar toda a equipe (os profissionais que trabalham na triagem) de como se realiza a verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito e a realização adequada de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/85 mmHg. Essas capacitações serão realizadas em reunião da equipe para poder esclarecer as dúvidas que apareçam dos profissionais.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Para poder obter uma boa qualidade do atendimento a hipertensos e a diabéticos, é preciso monitorar a realização de exame clínico apropriado destes usuários. Essa ação será garantida pela enfermagem e médico da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe (médico, enfermagem, técnica de enfermagem) para realizar o exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes. Serão capacitados os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade, assim como se estabelecerá periodicidade mensal para atualização dos profissionais. A versão atualizada do protocolo é disponível e impressa na unidade de saúde. Por essas ações serão responsáveis a enfermagem da unidade.

Engajamento Público

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento: Realizaremos palestras onde se orientarão toda a população e a comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares e como devem fazer com uma periodicidade adequada, para desta maneira ter um controle adequado e assim prevenir que os mesmos evoluam a complicações. Todos os profissionais da unidade serão responsáveis.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitaremos ao equipe em cada um de nossos encontros sobre como realizar um adequado exame clínico para cada uma destas doenças, assim como a importância de realizar-se os exames complementares segundo protocolos, manter atualizados os profissionais no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

e Diabetes Mellitus, além de como orientar aos usuários sobre as alternativas para obter os medicamentos nas farmácias populares e a necessidade de atendimento odontológico.

Meta

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Para realizar esta ação utilizaremos a planilha de coleta de dados, assim como a ficha-espelho que terá cada usuário cadastrado. Essa ação será feita pelo médico atendente.

Organização e gestão do serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe (médico, enfermagem, técnica de enfermagem) para realizar o exame dos pés das pessoas com diabetes. Serão capacitados os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade. Será solicitado à secretaria e a atual gestão os monofilamentos 10g para fazer o exame dos pés a cada usuário com Diabetes cadastrado. Organizaremos uma agenda para poder acolher aos usuários que provenham das visitas domiciliares, e temos já estabelecido a coordenação com a secretaria (a responsável pela marcação) para garantir a consulta com os

especialistas correspondentes. Estarão encarregados a enfermagem responsável e o médico de atendimento.

Organização e gestão do serviço

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Realizaremos palestras onde se orientarão toda a população e a comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares e como devem fazer com uma periodicidade adequada, para desta maneira ter um controle adequado e assim prevenir que os mesmos evoluam a complicações. Serão responsáveis todos os profissionais.

Engajamento público

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Capacitaremos a toda a equipe de acordo com os protocolos sobre como será realizado o exame dos pés das pessoas portadoras de Diabetes. O responsável por essa ação será o médico.

Metas

2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitoraremos a todas as pessoas com Hipertensão e Diabetes que realizarem os exames laboratoriais segundo protocolos como: glicose em jejum, Hb glicosilada, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina, exame de urina, microalbuminúrica, ECG e TSH sem DMI. Responsável será enfermagem e médico.

Organização e gestão do serviço

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Garantiremos que todas as pessoas com Hipertensão e Diabetes que realizem os exames laboratoriais segundo protocolos como: glicose em jejum, Hb glicosilada, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina, exame de urina, microalbuminúrica, ECG e TSH sem DMI, com o apoio do gestor municipal garantindo que os mesmos sejam marcados e feitos com agilidade, estabelecendo sistemas de alertas para os exames complementares preconizados. Responsável destas ações será o gestor do município.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizaremos palestras onde se orientarão a todos os usuários portadores das doenças como Hipertensão e Diabetes sobre a necessidade de realização dos exames complementares, e com uma periodicidade adequada, para desta maneira ter um controle adequado e prevenir complicações. Serão responsáveis por essas ações todos os profissionais.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Capacitaremos toda a equipe para seguir o protocolo adotado pela UBS para solicitação dos exames complementares das pessoas portadoras destas doenças. O responsável da ação será o médico.

Metas

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizaremos essa ação com o apoio da farmácia Popular /Hiperdia quanto ao acesso aos medicamentos utilizados nestas doenças. Monitoramento vai ser feito pela enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento: Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e assim poderemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Esta ação vai ser monitorada pela Enfermagem, Médico e responsável da farmácia do município.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Orientaremos, através das palestras e grupos, a todos os usuários com Hipertensão e Diabetes o direito que eles têm ao acesso aos medicamentos da

Farmácia Popular/Hiperdia, e informaremos que através dela poderão obter seus medicamentos. Responsável será Enfermagem e Médico.

Qualificação da prática clínica

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Em todas as reuniões com a equipe faremos um sistema de atualização sobre o tratamento da Hipertensão e Diabetes, assim como as capacitações sobre esclarecer as alternativas de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, tendo a responsabilidade destas ações o médico atendente.

Metas

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitorar que em cada consulta das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes se avalie o exame bucal. Responsabilidade do Médico.

Organização e gestão do serviço

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes;

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Estabelecer um sistema de avaliação organizado para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todas as pessoas com Hipertensão e Diabetes, assim como agendar prévia coordenação (se possível) com o centro Estomatológico do município a realização do atendimento que precisem de atendimento especializado por Odontologista. Responsável o médico atendente.

Engajamento público

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Orientaremos aos usuários e a comunidade sobre a importância de ter uma atenção odontológica adequada e sobre fazer uma avaliação da saúde bucal sobretudo a este público-alvo. Responsabilidade de todos os profissionais da UBS.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Se realizarão capacitações semanais à equipe sobre a importância do atendimento e avaliação odontológica das pessoas com nestas doenças. Responsável a enfermagem.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o cumprimento de periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será feito monitoramento trimestralmente. Responsabilidade da Enfermagem.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Organizar as visitas domiciliares em conjunto com a enfermagem e os ACS após sua incorporação, para buscar os usuários faltosos. Além disso, será organizada a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Essas ações serão realizadas através de palestras, ministradas pela enfermeira chefe e médico.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados na UBS, pela enfermeira responsável, para melhor orientar as pessoas com hipertensão e diabetes quanto à periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS todos os meses.

Detalhamento: Monitorar mensalmente a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos com acompanhamento na unidade de saúde. Responsabilidade da Enfermagem e Médico da UBS.

Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Essas ações serão realizadas pela Enfermagem da unidade.

Engajamento Público

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Essa ação será realizada através de conversas e palestras com os usuários e a comunidade. Responsável serão todos os profissionais da unidade.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Essas ações serão realizadas nas reuniões da equipe para que se tenha uma preparação integral no atendimento destes usuários. Responsabilidade da Enfermagem e Médico da UBS.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Temos a necessidade de fazer um controle adequado a todos os usuários de maneira planejada. Responsabilidade desta ação é do Médico e enfermagem da UBS.

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Priorizar os atendimentos das pessoas avaliadas como de alto risco e organizaremos nossa agenda para o atendimento desta demanda (pessoas com AVE, IMA, lesões em órgãos alvo, AIT, HVE, nefropatias, retinopatias, aneurisma aorta abdominal estenose de carótídea sintomática e DM). Responsabilidade do Médico atendente.

Engajamento Público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Essas ações serão feitas nas consultas e em palestras realizadas na comunidade. Será abordada a importância do acompanhamento regular e do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, obesidade, tabagismo, sedentarismo e consumo de bebidas alcoólicas. Responsabilidade da Enfermagem, Técnica de Enfermagem e Médico da UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Serão feitas mensalmente atividades de capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, informar sobre a importância do registro desta avaliação e orientar quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, assim poderemos ir melhorando nosso trabalho para evitar que nossos usuários evoluam a complicações. Responsável será p Médico da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Monitorar e orientar em cada uma das consultas a importância de uma adequada alimentação, estabelecer práticas saudáveis com o apoio da Nutricionista que atende nossa área de abrangência.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Serão organizadas palestras e atividades de grupos na comunidade para promover práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandando ao gestor o apoio da nutricionista na participação em nossas atividades grupais. A responsável será a enfermeira chefe.

Engajamento público

Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Essas orientações serão dadas nas consultas e também em palestras. Os responsáveis serão a enfermeira chefe e o médico.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações à equipe durante toda a intervenção sobre as práticas de alimentação saudável para as duas doenças, assim como as metodologias de educação em saúde. Responsável será a Nutricionista e Enfermagem

Metas

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será monitorada semanalmente a realização e orientação das atividades físicas realizadas nas atividades grupais com as pessoas com Hipertensão e Diabetes. Responsabilidade das ACS.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Serão organizadas palestras e atividades de grupos na comunidade para orientar sobre a realização de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver aos educadores físicos para que nos apoiem nestas atividades. A responsável será a enfermeira chefe.

Engajamento público

Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Essas orientações serão dadas nas consultas e também em palestras. Responsáveis serão enfermeira chefe e médico.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Serão realizadas capacitações à equipe durante toda a intervenção semanalmente sobre a promoção da prática de atividade física regular e as metodologias de educação em saúde. Responsável ACS e Enfermagem

Metas

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Monitoraremos e avaliaremos todas as orientações dadas aos usuários portadores destas doenças sobre os riscos do tabagismo para o organismo. Responsável será Enfermagem e ACS.

Organização e gestão do serviço

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo preconizado pelo Ministério da Saúde. Responsável será a enfermeira chefe.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Essa orientação será dada nas consultas e também em palestras. Responsável será Enfermagem e Médico da UBS.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: As capacitações serão feitas pela Enfermagem, Médico da UBS semanalmente em reunião de equipe.

Metas

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O monitoramento e orientação sobre a higiene bucal serão feitas diariamente nas consultas médicas individuais e nas atividades dos grupos com o apoio de um odontólogo se for possível.

Organização e gestão do serviço

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Organizar tempo meio na consulta para orientar aos usuários individualmente sobre higiene bucal. Responsável será o médico da UBS.

Engajamento público

Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Essa orientação será dada nas consultas e também em palestras na comunidade. A responsável será a enfermeira chefe.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitar e dar orientações quinzenalmente à equipe sobre a importância de como manter de uma higiene bucal adequada e a necessidade de

orientar a toda a população da comunidade. Responsabilidade da Enfermagem da UBS.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta:

1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta

1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de atenção a Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção das pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta

6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar o Caderno de Atenção Básica número 36 "Diabetes Mellitus" e Caderno de Atenção Básica número 37 "Hipertensão Arterial Sistêmica" do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL 2013b), utilizaremos a ficha de espelho fornecida pelo curso e o prontuário do usuário, onde detalharemos todos os dados necessários. Quanto à realização de exame físico geral e por aparelhos, enfatizaremos nos dados clínicos para realizar um atendimento de qualidade. Todos os atendimentos serão monitorados pela enfermagem e médico, para isto contamos com as fichas necessárias para poder buscar o atendimento das pessoas com HAS e DM da área de abrangência. Se forem necessárias mais fichas contaremos com o apoio do gestor municipal. Também contamos, para o acompanhamento mensal da intervenção, com a planilha eletrônica de coletas de dados. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira irão elaborar uma ficha complementar.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermagem revisará o livro criado para identificar os usuários portadores destas doenças e aproveitará para revisar e atualizar todos os dados necessários na ficha complementar, também realizará o primeiro monitoramento dos usuários com atrasos em exames clínicos e laboratoriais, assim como com vacinas atrasadas.

A análise situacional e a definição de nosso foco de intervenção foram discutidas com a equipe da UBS. A partir da definição do foco começamos a realizar reuniões semanais e conversar sobre o Caderno de Atenção Básica de Hipertensos Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que nossa equipe tenha todos os conhecimentos necessários para dar um atendimento de qualidade a toda a população, estas reuniões de capacitação são realizadas no horário utilizado tradicionalmente para a reunião de equipe, 2 horas ao final do expediente semanalmente. Cada membro da equipe preparará em uma parte do caderno e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe levando a discussão e esclarecendo as dúvidas relativas ao trabalho. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Todas as queixas serão atendidas no mesmo turno de trabalho. Aqueles que tiverem necessidade de solicitar seus medicamentos ou referirem algum descontrole da sua doença terão prioridade no agendamento. Acho que não é necessário alterar a agenda, pois todas serão atendidas nas consultas disponíveis ou serão encaminhados ao Pronto atendimento. Os usuários já sairão da UBS com a data da próxima consulta agendada. Aos usuários de busca ativa serão reservadas as consultas semanais.

Para realizar as palestras aos usuários e à comunidade, iremos aproveitar os locais públicos, os salões de acolhimento na UBS, contato com associações de Bairros, representantes das comunidades e igrejas da área de abrangência. Apresentaremos nosso projeto esclarecendo a necessidade de um atendimento de qualidade, a importância de um acompanhamento adequado para poder evitar complicações. Através de palestras e conversas aproveitaremos os integrantes dos grupos de hipertensos e diabéticos para que sejam transmissores das informações oferecidas por nossos profissionais e estimulem aos outros usuários que assistam periodicamente à unidade de saúde.

A enfermagem será a responsável pelo monitoramento das fichas espelhos e dos atendimentos assim como dos registros específicos que se realizam, uma vez por semana serão revisados com o objetivo de revisar e controlar a qualidade da realização dos atendimentos, como vai o cumprimento dos protocolos de atendimentos, poder identificar os usuários que tenham atraso nas consultas, os usuários não tenham feitos os exames laboratoriais previstos nos protocolos e quem não tem recebido atendimento odontológico.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

[illegible]

3 Relatário da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O processo de Intervenção deu início nos primeiros dias do mês de Outubro com o tema escolhido Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e DM da UBS Parque Antártica do município Capão da Canoa-RS. Não contávamos com um cadastro atualizado da população Hipertensa e Diabética pertencente à área de abrangência da unidade, pois há mais de três anos se tem dificuldade com a composição da equipe (não é completa).

As expectativas do trabalho foram tomadas com muito entusiasmo pelos integrantes da equipe, mas tivemos dificuldade com a incorporação dos ACS, só contamos com 2 dos 8 que tinha que ter a equipe, incorporados uma semana depois de iniciada a intervenção, o que dificultou o bom desenvolvimento do projeto na comunidade. Em reunião com o secretário, o mesmo falou que não tem previsão da contratação do restante dos ACS, só tinha conhecimento de que eles devem passar por um processo seletivo para poder ser contratados. Atualmente isto ainda não se tem cumprido, desafio que vamos ter que enfrentar nas próximas semanas.

Nas primeiras duas semanas foram realizadas as atividades de capacitação a estas ACS para o cadastramento dos usuários com HAS e DM da área de abrangência que precisavam ser recadastrados. Também foi feita capacitação de todos os profissionais sobre os protocolos de atendimentos a utilizar. Além disso, nas semanas subsequentes se realizaram outras capacitações a toda a equipe sobre o preenchimento dos registros a serem utilizados e procedimentos clínicos a serem utilizados nas consultas; capacitação de como estratificar o risco e controle dos fatores de risco modificável; capacitação aos ACS sobre a busca dos usuários faltosos e pendentes de exames laboratoriais; acolhimento e atendimento clínico

integral a todos os usuários hipertensos e diabéticos que solicitam atendimento seja por agendamento ou demanda espontânea. Durante este primeiro mês, nas sextas-feiras, aproveitamos em dar todas estas capacitações aos integrantes da equipe no espaço da reunião da equipe. Também foi realizada a impressão do protocolo de ambas as doenças e disponibilizado na unidade para aumento do conhecimento sobre as patologias. Também foram disponibilizados, em todos os computadores da unidade de saúde, estes protocolos de atendimentos para estudar e revisar qualquer dúvida que existisse sobre estas doenças.

Durante a primeira semana da intervenção foi impressa o material (fichas-espelhos) utilizado para a coleta de dados para a intervenção, elas foram organizadas por semanas, identificando o usuário hipertenso com um marcador rosa e o usuário diabético com um marcador amarelo. Desta forma, o trabalho era facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta.

O registro no prontuário eletrônico, os sinais vitais e mensurações foram efetuados pelo técnico de enfermagem na sala de triagem, possibilitando assim o preenchimento destes dados pelo médico nas fichas-espelhos dos usuários, além disso, foi revisado o restante dos materiais a serem disponibilizados e verificado se estavam em adequado estado para seu uso, como o esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, termômetro, fita métrica, balança.

Outra atividade desenvolvida foi o encontro com o Secretário da Saúde do município e outros representantes da Secretaria como: a representante de Farmácia, e a responsável da marcação dos exames complementares para a coordenação das ações a desenvolver durante o período de intervenção. Os mesmos brindaram todo seu apoio no que precisaríamos durante a intervenção. Uma das coisas que nos chamou muito a atenção é que não há controle na farmácia de Hiperdia, segundo a farmacêutica o município não tem cadastro destes usuários e não estão integralmente conectados com o ministério. Dessa forma, esse trabalho vai permitir melhor controle através dos usuários já estão cadastrados no prontuário eletrônico.

A responsável pela marcação nos falou que farpa todo o possível para dar prioridade aos usuários que sejam encaminhados para a realização dos exames de laboratório, mais é um pouco complicado porque eles compram uma quota de exames mensal que é para todo o município. Ainda assim conseguimos que a maioria dos usuários realizassem os exames de laboratório o que nos facilitou avaliar com qualidade estas duas doenças.

No caso de odontologia, também tivemos contato com eles. Somente uma unidade fornece atendimento odontológico para todas as comunidades do município e tem um programa de agendamento semanal. Todos os usuários que participaram da intervenção foram encaminhados para avaliação odontológica após e prévio exame da cavidade bucal realizada pelo médico.

As visitas domiciliares foi uma das atividades que a equipe priorizou para o desenvolvimento do projeto e poder incrementar o indicador de cobertura, nelas foram atendidos muitos usuários. Uma estratégia que tivemos que tomar porque contamos com somente 2 ACS, o que não deu cobertura para atingir todas as áreas de abrangência da unidade, foi priorizarmos a visita dos usuários que estavam acamados e não podiam ir voluntariamente à unidade. Acompanhamos durante este período casos muito interessantes, uns com mais de 20 anos de evolução das doenças, outros um pouco menos, muitos já com complicações, mas estável e com tratamento regular, outros que desenvolveram a doença durante este período.

Conseguimos cumprir e formar o grupo de usuários portadores das doenças Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, além disso, muitos estão formando parte do grupo de tabagismo que também está sendo atendido em nossa unidade de saúde. Em nosso primeiro encontro falamos sobre alimentação saudável e os fatores de risco destas duas doenças. Tivemos um total de 12 encontros, todos feitos na UBS, com boa participação a cada semana. Muitos deles são fumantes de mais de 20 anos além de sofrerem de hipertensão ou diabetes desde mais ou menos a mesma data ou um tempo depois. Eles estão recebendo tratamento para deixar de fumar, demos muitas dicas para manter uma boa alimentação e projetamos alguns dos vídeos educativos que nossa colega ACS Lidiane nos proporcionou para mostrar para eles. Suas vivências, dúvidas, mitos, foram esclarecidas e compartilhadas em cada um de nossos encontros tanto no grupo como nas consultas diárias.

A demanda espontânea sempre prevaleceu em relação às consultas agendadas. No início da intervenção, priorizamos os usuários que procuravam atendimentos para a realização das consultas ou avaliação dos exames que muitos já traziam, e se reservavam 4 consultas em cada turno para aqueles que precisavam retornar, independentemente do número de usuários avaliados no dia. As fichas-espelhos foram revisadas com frequência semanal com o objetivo da busca dos usuários faltosos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não pudemos ter contato com liderança comunitária, pois não se tinha conhecimento que em nossa comunidade existisse, e que pudessem ajudar na busca dos usuários faltosos. Eles poderiam apoiar muito nosso trabalho de prevenção e convencimento dos usuários a assistir a consultas programadas, na busca de espaço para realizar atividades educativas e práticas de saúde. Esta atividade não foi cumprida porque a comunidade não tem uma organização nem estrutura de ter liderança comunitária.

Todas as demais ações planejadas foram desenvolvidas segundo no cronograma com o apoio dos poucos ACS que, de uma forma ou outra tiveram a iniciativa na busca ativa dos usuários Hipertensos e Diabéticos nas micro áreas que trabalharam, participaram em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção, além do restante da equipe que também teve uma participação ativa no processo.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relacionados à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. A todos os usuários acompanhados, tanto em consulta como nas visitas domiciliares, tem-se preenchido as fichas de acompanhamento individual.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações e atividades já estão inseridas e incorporadas à rotina do serviço, a intervenção tem sido um verdadeiro desafio em nossa unidade porque não se havia realizado uma atividade comunitária como esta. A equipe sente-se feliz pelos resultados alcançados, sabemos que ainda faltam muitos caminhos por recorrer e muitas coisas por fazer, pois o nosso objetivo é melhorar a qualidade de vida desta população.

Continuamos com o trabalho do dia a dia com o objetivo de incorporar novos usuários e brindar uma atenção continuada. Foi um trabalho intenso nas 12

semanas da intervenção, onde fez uma atualização e a avaliação clínica aos usuários por meio das consultas médicas de acordo com o protocolo de HAS e DM. Continuaremos com as atividades com a mesma dedicação e empenho que tivemos desde o início da intervenção. Quando for completada a equipe com os ACS buscaremos que toda a população da UBS fique totalmente cadastrada.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados a seguir apresentam a intervenção realizada na UBS Parque Antártica do município de Capão da Canoa/RS. A intervenção teve como objetivo principal Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM pertencentes à Unidade de Saúde.

Na área adstrita à UBS existe uma população aproximada de 3500 habitantes, entretanto a intervenção focalizou o estudo nas pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, com uma estimativa de 2345 pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total), sendo 532 (22,7%) com HAS e 131 (5,6%) com DM, segundo estimativa da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 60% dos Hipertensos e/ou Diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicadores: 1.1. Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso da UBS.

1.2. Cobertura do Programa de atenção ao diabético da UBS.

Quanto à população de usuários com HAS, a estimativa era de 532 hipertensos com 20 anos ou mais pertencentes à área da abrangência da UBS. Ao longo da intervenção 161 usuários compareceram ao serviço e estão em dia na atenção. No primeiro mês da intervenção a cobertura na atenção foi de 9,0% (48 pessoas cadastradas), no segundo mês 18,2% (97 pessoas) e no terceiro mês 30,3% (161 pessoas). Durante o segundo e terceiro mês evidenciamos um

incremento do atendimento médico mostrando-se grande interesse da população na participação na intervenção, como se observa na Figura 1.

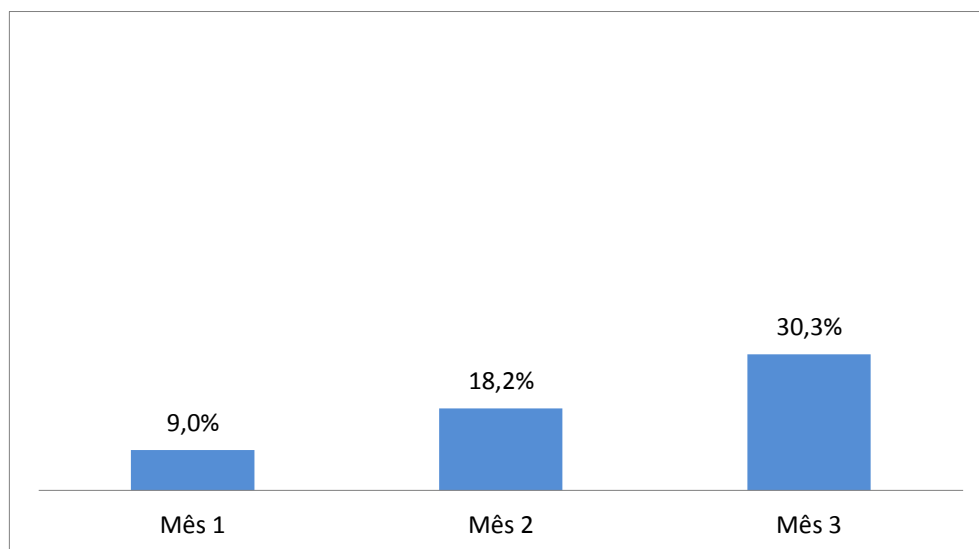


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS.

Quanto à população de diabéticos, a estimativa era de 131 diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da UBS. Ao término da intervenção, 51 diabéticos compareceram ao serviço. A cobertura no primeiro mês foi de 11,5% (15 pessoas cadastradas), no segundo mês 22,9% (30 pessoas) e no terceiro mês 38,9% (51 cadastros), como se observa na Figura 2. Diante do exposto, verifica-se que a meta de cadastrar 60% dos usuários com HAS e DM não foi atingida. Apesar da equipe não alcançar a meta proposta, percebeu-se que a atenção à saúde desses usuários durante as consultas individuais foram benéficas e ofereceram melhorias na qualidade de vida e de saúde desta população.

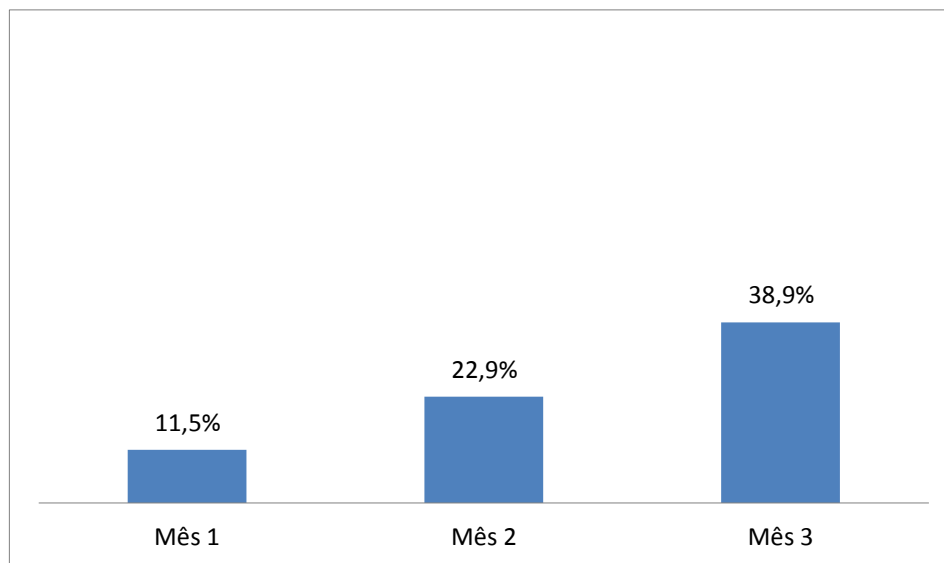


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção aos Diabéticos na unidade de saúde, UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção as pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Metas 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicadores: 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Todos os usuários hipertensos tiveram o exame clínico em dia de acordo com o protocolo em todos os meses de intervenção, ou seja, no primeiro mês tivemos 48, no segundo mês, 97, e terceiro mês foram 161, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Além disso, todos os usuários diabéticos tiveram o exame clínico em dia de acordo com o protocolo em todos os meses de intervenção, ou seja, no primeiro mês tivemos 15, no segundo mês, 30, e no terceiro mês foram 51 usuários, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Meta: 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador: 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Todos os usuários diabéticos tiveram exame dos pés em dia em todos os meses da intervenção, ou seja, no primeiro mês foram 15, segundo mês, 30 e no terceiro mês 51, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Metas 2.4 e 2.5. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicadores 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Atingimos 100% nessa meta em todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 48, no segundo mês, 97 e no terceiro mês, 161 usuários hipertensos. Quanto aos diabéticos, foram 15 no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Metas 2.6 e 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Indicadores 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Essa meta não foi atingida em 100%, porque muitos usuários recebem outros medicamentos que não estavam incluídos na Farmácia Popular e foram indicados por outros especialistas, como Cardiologistas e Clínicos. Além disso, estes usuários mantinham controlada sua pressão arterial com estes medicamentos, entre eles Anlodipino, Nifedipino, Losartana Potássica. Os percentuais foram: no primeiro mês 72,9% (35 hipertensos), segundo mês 82,5% (80 hipertensos), e 85,1% (137 hipertensos), como mostra a Figura 3. Em relação aos diabéticos, a meta foi atingida

em 100% em todos os meses da intervenção (15 usuários no primeiro mês, 30 no segundo mês e 51 no terceiro mês).

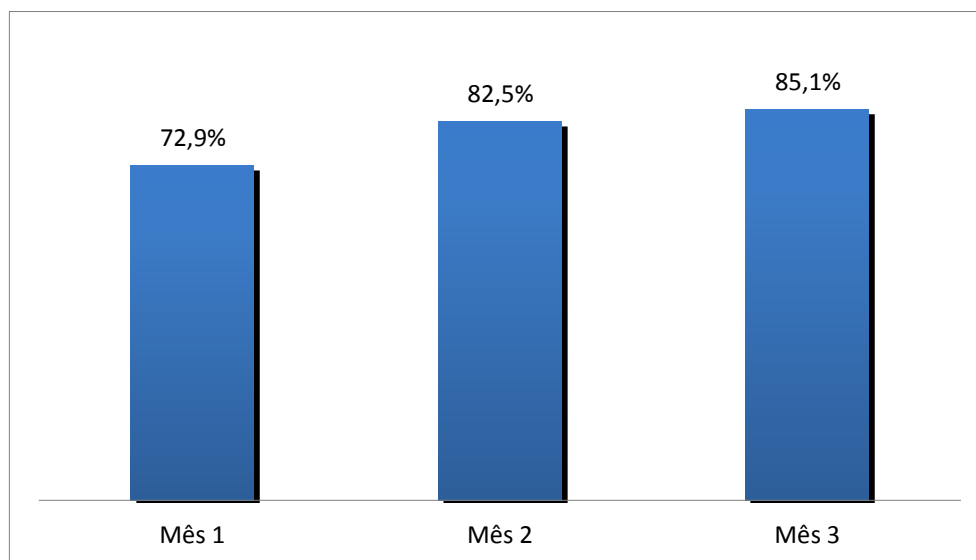


Figura 3 – Proporção de pessoas com Hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Parque Antártica, Capão da Canoa/RS.

Metas 2.8 e 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Indicadores 2.8. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Conseguimos cumprir 100% dessa meta em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos, foram 48 no primeiro mês, 97 no segundo mês e 161 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, receberam avaliação 15 deles no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 3.1 e 3.2. Buscar 100% das pessoas com Hipertensão e/ou Diabéticas faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicadores 3.1. Proporção das pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Não tivemos durante este período nenhum usuário faltoso à consulta, cada um dos que foram avaliados voltaram por livre e espontânea vontade, uns à consulta de avaliação e outros a controle e avaliação das medicações.

Objetivo 4 Melhorar os registros das informações.

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos Hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados.

Indicadores 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Mantivemos a atualização em todos os meses da intervenção, não tendo nenhuma dificuldade em relação às fichas de acompanhamentos individuais. As fichas-espelhos foram organizadas por semanas, identificando o usuário Hipertenso com a cor rosa e o usuário Diabético com cor amarela. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca das fichas-espelhos para a consulta, sendo registrados adequadamente todos os dados dos usuários. Quanto aos hipertensos, tivemos 48 no primeiro mês, 97 no segundo e 161 no terceiro mês. Dentre os diabéticos, foram 15 no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro mês, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Objetivo 5 Realizar mapeamento das pessoas com Hipertensão e Diabetes para avaliação do risco cardiovascular.

Metas 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Indicadores 5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Todos os usuários que participaram da intervenção realizaram estratificação do risco cardiovascular. Foi realizado por meio do exame clínico e através da utilização da tabela de escore de Framingham foi realizada a estratificação do risco cardiovascular de todos os usuários com Hipertensão e Diabetes. Este classifica o risco em baixo, moderado ou alto, em dependência dos fatores de risco. Também tem como objetivo estimar o risco do usuário hipertenso e/ou diabético vir a sofrer de uma doença arterial coronária nos próximos dez anos. Além disso, ele permite a equipe definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS e/ou DM. Quanto aos hipertensos, tivemos 48 no primeiro mês, 97 no segundo e 161 no terceiro mês. Dentre os diabéticos, foram 15 no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro mês, totalizando 100% em todos os 3 meses.

Objetivo 6 Promoção da saúde das pessoas com Hipertensão e Diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicadores 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Conseguimos cumprir 100% dessa meta em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos, foram 48 no primeiro mês, 97 no segundo mês e 161 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, receberam orientação 15 deles no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro, totalizando 100% em todos os 3 meses. Esse resultado foi possível, pois conseguimos formar grupos e em cada encontro, assim como nas consultas, realizamos conversas, palestras, com a finalidade de fornecer orientações e informações de muita importância para o controle destas doenças.

Metas 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicadores 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Conseguimos cumprir 100% dessa meta em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos, foram 48 no primeiro mês, 97 no segundo mês e 161 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, receberam orientação 15 deles no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro, totalizando 100% em todos os 3 meses. Esse resultado foi possível, pois conseguimos formar grupos e em cada encontro, assim como nas consultas, realizamos conversas, palestras, com a finalidade de fornecer orientações e informações de muita importância para o controle destas doenças.

Metas 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicadores 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Conseguimos cumprir 100% dessa meta em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos, foram 48 no primeiro mês, 97 no segundo mês e 161 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, receberam orientação 15 deles no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro, totalizando 100% em todos os 3 meses. Esse resultado foi possível, pois conseguimos formar grupos e em cada encontro, assim como nas consultas, realizamos conversas, palestras, com a finalidade de fornecer orientações e informações de muita importância para o controle destas doenças.

Metas 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Indicadores: 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Conseguimos cumprir 100% dessa meta em todos os meses da intervenção. Quanto aos hipertensos, foram 48 no primeiro mês, 97 no segundo mês e 161 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, receberam orientação 15 deles no primeiro mês, 30 no segundo e 51 no terceiro, totalizando 100% em todos os 3 meses. Esse resultado foi possível, pois conseguimos formar grupos e em cada encontro, assim como nas consultas, realizamos conversas, palestras, com a finalidade de fornecer orientações e informações de muita importância para o controle destas doenças.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Parque Antártica, no município Capão da Canoa/RS, visou a Melhoria na Atenção à Saúde das pessoas com HAS e/ou DM. Este trabalho propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos Hipertensos e Diabéticos de nossa área, melhorou a qualidade dos atendimentos, melhorou os registros por meio da implantação da ficha-espelho, além de fazer uma boa classificação de risco de ambos os grupos. Destaca-se a melhoria na qualificação da atenção com a realização do exame dos pés aos diabéticos, que anteriormente não se realizava como parte da avaliação cotidiana.

Para a realização da intervenção exigiu-se que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção, não pudemos contar com a participação dos ACS, pois não estavam incorporados à UBS ainda.

Para a organização e planejamento do trabalho foram definidas as atribuições de cada membro da equipe ficando o acolhimento sob responsabilidade da recepcionista e enfermeira. A identificação dos usuários participantes da intervenção foi realizada pela técnica de enfermagem. A atualização do cadastramento foi realizada nas consultas, em reuniões de grupos e no domicílio daquelas pessoas que por uma causa ou outra não podiam ir à Unidade de Saúde.

As funções da médica centralizaram-se nas consultas incluindo o exame clínico, prescrição dos exames complementares, prescrição dos medicamentos da lista de Hiperdia/Farmácia Popular, o registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação do risco cardiovascular para ambas as doenças. Além

disso, fornecemos orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, tanto nas consultas individuais como nas atividades educativas, onde foi destacada a participação tanto do médico como da enfermeira e técnica de enfermagem. Também é importante destacar a participação destas nas visitas domiciliares que foram realizadas durante toda a intervenção.

A técnica de enfermagem foi a responsável pela verificação das medidas dos sinais vitais e demais mensurações. A recepcionista se responsabilizou pelo agendamento das consultas em horários previamente estipulados. Os odontólogos foram responsáveis pela avaliação odontológica de cada um dos usuários que participaram na intervenção. Isto acabou tendo impacto positivo em nosso serviço porque tivemos um incremento nos atendimentos na unidade de saúde nesse período e uma considerável participação destes usuários nas atividades desenvolvidas com os grupos formados. Consideramos que a intervenção realçada foi de grande importância para a equipe, pois permitiu ampliar nossos conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho, e melhorar a integração entre os membros da equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas somente na médica. Com a intervenção as atribuições da equipe foram revistas, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Além disso, a melhoria do registro e do agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido muito importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Com este projeto também se viu melhorias no acolhimento e qualidade de atenção dispensada aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos. Possibilitou a organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários para um melhor monitoramento destes.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os Hipertensos e Diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da pequena ampliação da cobertura do programa ainda temos muitas pessoas Hipertensas e Diabéticas sem cobertura. Necessitamos ter mais divulgação sobre estas ações que se está fazendo com este grupo. Esta intervenção possibilitou que melhorasse o acolhimento destes

usuários, melhorasse a relação de equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de Hipertensos e Diabéticos, além da realização das atividades educativas, possibilitando melhoria na qualidade de vida desta população.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Acho que faltou articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que já estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe tem mais integração, capaz de dar continuidade às ações iniciadas, pois com a intervenção incorporada à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e dar continuidade à melhoria na atenção à saúde dos usuários com Hipertensão e Diabetes.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, necessitamos ampliar as ações e fazer um trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização a atenção dos Hipertensos e Diabéticos, especialmente aos usuários de alto risco. A equipe vai manter a mesma qualidade da atenção dispensada durante a intervenção, mas precisaríamos da incorporação de todos os ACS para que nos ajudem na busca ativa dos Hipertensos e Diabéticos que não foram avaliados, assim não ficaria ninguém sem ser monitorados e avaliado dentro da comunidade.

A partir do próximo mês, se tiverem disponíveis os ACS para todas as demais micro áreas, investiremos na ampliação da cobertura dos Hipertensos e Diabéticos. Tomaremos este projeto como exemplo e pretendemos estender e implementar o programa de pré-natal ou da criança na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Meu nome é Tania Wanton Igarza, médica da UBS Parque Antártica. Foi realizada uma intervenção que iniciou nos primeiros dias do mês de outubro com o objetivo de Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Parque Antártica do Município Capão da Canoa/RS. As expectativas do trabalho foram tomadas com muito entusiasmo pelos integrantes da equipe. Durante as primeiras semanas foram realizadas as atividades de capacitação de todos os profissionais da equipe, incluindo os ACS que se encontravam já incorporados. Realizaram-se as capacitações sobre os protocolos de atendimentos, preenchimento dos registros, realização dos procedimentos clínicos nas consultas, realização de uma boa estratificação do risco e controle dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Disponibilizamos dos computadores e impressoras que temos na unidade, o que nos permitiu poder imprimir os protocolos de ambas as doenças, as fichas-espelhos utilizadas para a coleta de dados para a intervenção. Também revisamos os restantes materiais como o esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, termômetro, fita métrica, balança, e verificamos se estavam em adequado estado para seu uso. Disponibilizamos também do prontuário eletrônico, o qual nos permitiu registrar os sinais vitais e mensurações que foi efetuado pelo técnico de enfermagem na sala de triagem, possibilitando assim o preenchimento destes dados pelo médico nas fichas-espelhos dos usuários.

Em encontro com o Secretário da Saúde do município e outros representantes da Secretaria como: a representante de Farmácia e a responsável da marcação dos exames complementares, nos foi brindado todo seu apoio no que precisaríamos para a intervenção. O que chamou muito a atenção foi que não se

tem controle na farmácia de Hiperdia, a farmácia do município não tem cadastro destes usuários e não estão integralmente conectados com o ministério, o que permitiria um melhor controle destes usuários. Com este trabalho já ficaram cadastrados no prontuário eletrônico e seria de mais fácil controle, a responsável pela marcação deu prioridade aos usuários que foram encaminhados para a realização dos exames de laboratório, conseguimos que a maioria dos usuários realizasse os exames de laboratório, muitos pelo SUS e outros foram realizados em laboratórios particulares, mesmo assim nos facilitou avaliar com qualidade estas doenças. Tivemos contato com a odontologia e aconteceu o mesmo, só há uma unidade com atendimento odontológico para toda a comunidades do município e tem um programa de agendamento semanal. Todos os usuários que participaram da intervenção foram encaminhados para avaliação odontológica após e prévio exame da cavidade bucal realizado pelo médico.

As visitas domiciliares foi uma das atividades que a equipe priorizou para o desenvolvimento do projeto e assim poder incrementar o indicador de cobertura, nelas foram atendidos muitos usuários com as doenças Hipertensão e/ou Diabetes. A secretaria teve um papel muito importante na realização desta atividade, porque nos proporcionou o transporte para realizá-la com a qualidade que se precisava.

Acreditamos que um dos aspectos que a gestão do município pode melhorar e assim ajudar a qualificar ainda mais nosso serviço e viabilizar a ampliação da nossa intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas, é completar a equipe com os ACS. Essa falta dos ACS foi um dos problemas que mais afetou nosso trabalho de intervenção, principalmente o indicador de cobertura, pois somente alcançamos um total de 30,3% (161) usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área, e 38,9% (51) usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área. Com o auxílio dos ACS poderíamos aumentar esta cifra porque nos ajudariam com a identificação daqueles usuários com a doença já estabelecida e a identificação dos fatores de risco que mais afetem esta população, assim poderia fazer acompanhamento no consultório. E não somente isso, mas também poderia trabalhar nas outras ações programáticas que são desenvolvidas na atenção primária à saúde.

Outro aspecto identificado e que também a gestão poderia melhorar é em relação à necessidade dos usuários de tomar os medicamentos da farmácia Hiperdia, muitos dos medicamentos indicados aos hipertensos não estão incluídos

na farmácia. Estes medicamentos são indicados por outros especialistas, que geralmente não trabalham no SUS e sim em clínicas particulares, e indicam outros medicamentos aos usuários. Mesmo assim seria bom que existisse não somente os medicamentos do programa Hiperdia em nossa farmácia, mas também outros medicamentos que os usuários também pudessem dispor para um melhor controle de suas doenças.

Todas estas ações e atividades já estão inseridas e incorporadas à rotina do serviço, a intervenção tem sido um verdadeiro desafio em nossa unidade porque nunca se havia realizado uma atividade comunitária como esta. A equipe sente-se feliz pelos resultados alcançados, ainda sem alcançar a meta proposta, sabemos que faltam muitos caminhos por recorrer e muitas coisas por fazer, pois nosso objetivo sempre tem sido e será melhorar a qualidade de vida desta população. Continuaremos com as atividades com a mesma dedicação e empenho que tivemos desde o início da intervenção. Espera-se que se complete a equipe com os ACS para buscarmos que toda a população da UBS fique totalmente cadastrada.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Sou Tania Wanton Igarza, médica da UBS Parque Antártica. Realizamos um trabalho a unidade com o objetivo de melhorar a saúde dos usuários com HAS e/ou DM. Desde o início de nosso projeto tivemos muitas dificuldades para poder realizar encontros comunitários por não se contar com uma estrutura bem organizada que nos possibilitasse um melhor intercâmbio entre os usuários e a UBS. Identificamos muitas necessidades na comunidade, mesmo assim podemos dizer que com este trabalho que a equipe fez, a comunidade desta área ganhou uma boa experiência, organização, qualidade da atenção de cada um dos membros das famílias e indivíduos que foram atendidos durante estes três meses da intervenção. As atividades desenvolvidas nos permitiram ter um melhor vínculo com os usuários e com a comunidade em geral.

No início não contávamos com um cadastro atualizado da população Hipertensa e Diabética pertencente à área de abrangência da unidade de Saúde, pois há mais de três anos não temos a equipe completa. O problema ainda persiste, porque não se tem incorporados todos os Agentes Comunitários de Saúde, que são fundamentais no processo de cadastramento na comunidade. Mesmo assim conseguimos um bom resultado da intervenção, os próprios usuários foram encarregados de divulgar nosso trabalho e conseguimos uma boa participação dos mesmos, causando um impacto positivo na comunidade. Algumas atividades sofreram restrição, mais não se deixou de cumprir com a rotina que a unidade mantinha antes da intervenção, como manter os atendimentos às Crianças, Gestantes, Idosos, entre outros, e conseguimos fazer outras atividades que antigamente não se realizavam, como a formação dos grupos específicos para melhorar a atenção à saúde da população, realizar atividades de prevenção e promoção de saúde.

As ações e atividades se manterão inseridas e incorporadas à rotina do serviço da unidade. Esta intervenção foi um verdadeiro desafio para nós e para os outros integrantes da equipe de nossa unidade, porque nunca se havia realizado uma atividade comunitária como esta. A equipe sente-se feliz pelos resultados alcançados; sabemos que ainda faltam muitos caminhos por recorrer e muitas coisas por fazer, pois o nosso objetivo é melhorar a qualidade de vida desta população. Alcançamos um total de 30,3% (161) usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área, e 38,9% (51) usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área.

A comunidade pode nos apoiar muito, através da formação do Conselho Local de Saúde de cada uma das micro áreas pertencentes à Unidade Básica de Saúde, incluir toda população no planejamento das atividades de educação e de promoção para a saúde para serem realizadas nas comunidades. Além disso, buscar que estas atividades sejam efetuadas aproveitando todos os cenários e espaços disponíveis dentro da comunidade. Isto possibilitará conhecer as principais necessidades das famílias e da comunidade, trabalhar com os principais fatores de risco biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, com os usuários que apresentem doenças crônicas e incapacidades, permitindo estabelecer prioridades para a realização de ações de saúde, solicitar os recursos necessários para melhorar a qualidade da atenção e buscar um impacto positivo na saúde da população e comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Em relação ao curso de especialização minhas expectativas iniciais foram muito boas, pois nunca havia enfrentado uma experiência como esta. O projeto de intervenção neste programa de atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes, nos permitiu uma boa interação com as pessoas que sofrem destas doenças, muitas com difícil manejo e controle da doença, e com fatores de riscos, que com um bom controle podem ser modificáveis e ter uma melhor qualidade de vida. Além disso, o trabalho nos permitiu conhecer tudo que está relacionado à saúde individual, familiar e da comunidade.

O desenvolvimento do trabalho transcorreu como se esperava, cumpriram-se semana a semana com as atividades planejadas pelo Cronograma estabelecido, tinham-se prontas as fichas espelhos em quantidade suficientes para dar início a nosso projeto de intervenção, a planilha de coleta de dados onde foram registrados todos os usuários com estas doenças, assim como todos os indicadores. Além disso, tinha-se definição das áreas para o desenvolvimento das atividades individuais e coletivas para realizar todas as atividades, foram providenciados os instrumentos de suporte como: caderno para fazer anotações diárias, tem-se um pequeno bloco com adesivo para lembretes ou anotações rápidas, uma câmera e vários celulares para fotos e pequenas filmagens, conseguiu-se formar e organizar os grupos, realizaram-se atividades de capacitação aos integrantes da equipe. Cumpriu-se com o acolhimento e cadastramento individual das pessoas com Hipertensão e Diabetes da área de abrangência, classificou-se o risco que tinha

cada pessoa, e cumprimos com todas as atividades de prevenção e promoção de saúde preconizadas pelo curso.

Não pudemos atingir a meta que era nosso propósito ao iniciar o projeto de intervenção, uma das causas pelas quais não foi cumprida foi que a equipe estava incompleta, não tínhamos desde o início os ACS, isto dificultou muito nosso trabalho de cadastramento e busca das pessoas com estas doenças nas comunidades, mesmo assim logramos nosso objetivo que foi melhorar a situação de saúde destas pessoas, realizando todas as atividades de promoção e prevenção de complicações. A equipe ganhou mais experiência de como abordar cada caso, melhorou a organização na unidade e funções de cada um como parte da equipe. Além disso, o trabalho incentivou a união de nossos profissionais e fazer o trabalho verdadeiramente em equipe.

Para mim o curso teve um grande significado, tive a oportunidade de enriquecer meus conhecimentos sobre os cuidados de saúde na Atenção Primária e sobre este grupo significativo que são as pessoas que sofrem de HAS e DM, doenças que são umas das principais causas de morte no país e no mundo. As complicações das mesmas são as que acarretam em muitas sequelas e invalidez na população maior de 20 anos. Por isto foi muito importante desenvolver nosso trabalho neste grupo populacional.

Para os profissionais da equipe também foi muito importante a realização do projeto, nos preparou para desenvolver as habilidades e manejo de cada pessoa com estas doenças, melhorou o nível de organização e desempenho de cada um em seus locais de trabalho, melhorou a relação entre nós e os usuários, família e comunidade em sentido geral, aprendemos a dar um atendimento de forma integral, avaliando todos os aspectos tanto biológico, psicológico como social. As dúvidas que foram surgindo durante nossa intervenção conseguiram ser esclarecidas não somente com nossos colegas de trabalho, mas também com os tutores e outros colegas de outros municípios que também estão realizando o projeto de intervenção. Portanto, considero que foi uma experiência maravilhosa e sabemos que com esforço de todos podemos melhorar e alcançar bom indicadores de saúde de nossa população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

C4																			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Idosos para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado as fichas de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebe orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebe orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebe orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebe orientação sobre higiene bucal?	
Orientações e de encaminhamento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
	6																		
	7																		
	8																		
	9																		
	10																		
	11																		
	12																		
	13																		
	14																		
	15																		
	16																		
	17																		
	18																		
	19																		
	20																		
	21																		
	22																		
	23																		
	24																		
	25																		
	26																		
	27																		
	28																		
	29																		

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

54%

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante